



SÍNDROME DE ABSTINENCIA SECUNDARIO AL USO DE OPIOIDES Y BENZODIACEPINAS EN NEONATOS Y PACIENTES PEDIÁTRICOS.

RESUMEN

López Chirinos Heisberth ⁽¹⁾

Alejo Mireya ⁽²⁾

1. Licenciado en Enfermería. Especialista en cuidados pediátricos y neonatales Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”.
2. Doctora en Educación Docente de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado de Barquisimeto. Venezuela

CONTACTO:

heisberth@hotmail.com

mireyaalejo@ucla.edu.ve

Enviado: Diciembre 2017

Aprobado: Abril 2018



El estudio se realizó con el objetivo de valorar la aparición del síndrome de abstinencia secundario al uso prolongado de opioides y benzodiazepinas en pacientes neonatales y pediátricos en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Pediátrico. Se desarrolló en el paradigma positivista bajo el enfoque cuantitativo, en el marco de un estudio de carácter descriptivo, bajo la modalidad de investigación de campo específicamente de corte transversal. La población del estudio estuvo conformada por siete (07) pacientes neonatos y pediátricos que recibieron de forma prolongada (más de cinco días) opioides y benzodiazepinas en la UCI del hospital. A estos se les aplicó un instrumento para la recolección de datos, para ello se utilizó la escala de Finnegan, que fue aplicada en pacientes neonatos; y la Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS), que fue aplicada en pacientes pediátricos. Se realizó el análisis de los resultados obtenidos en forma computarizada a través del programa Microsoft Excel, estos se representaron en cuadros y gráficos estadísticos. Como resultado se obtuvo que los pacientes neonatos y pediátricos abordados en la investigación desarrollaron en un 100% el SA luego de recibir fentanyl y/o midazolam por más de 5 días. Los síntomas más frecuentes en los pacientes neonatos fueron: insomnio, llanto excesivo, reflejo del moro aumentado, temblores, sudoración, taquipnea, estornudos, succión excesiva, inapetencia y diarrea. En pacientes pediátricos se observó que los síntomas más usuales fueron: taquicardia, taquipnea, fiebre, ansiedad, temblores, llanto inconsolable, insomnio y diarrea.

Palabras Clave: Síndrome abstinencia, opioides, benzodiazepinas, neonatos, pediátricos.

SYNDROME SECONDARY TO THE USE OF OPIOIDS AND BENZODIAZEPINES IN NEONATAL AND PEDIATRIC PATIENTS

ABSTRACT

The study was carried out with the objective of evaluating the appearance of the withdrawal syndrome secondary to the prolonged use of opioids and benzodiazepines in neonatal and pediatric patients in the polyvalent intensive care unit (ICU) at the Pediatric Teaching Hospital “Agustín Zubillaga” (PTHAZ). It was developed in the positivist paradigm, a quantitative approach, within the framework of a descriptive study, under the modality of field research specifically of transversal nature. The study population was made up of seven (07) neonatal and pediatric patients who received prolonged (more than five days) opioids and benzodiazepines in the ICU of the PTHAZ. An instrument for data collection was applied to them. The Finnegan Scale was applied to neonatal patients. The Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS), was applied to pediatric patients. The analysis of the results was carried out through the Microsoft Excel program. These were showed in statistical charts and graphs. As a result, the neonatal and pediatric patients developed 100% SA after receiving fentanyl and/or midazolam for more than 5 days. The most frequent symptoms in the neonatal patients were: insomnia, excessive crying, increased Molar reflex, tremors, sweating, tachypnea, sneezing, excessive suction, inappetence and diarrhea. In pediatric patients it was observed that the most usual symptoms were: tachycardia, tachypnea, fever, anxiety, tremors, inconsolable crying, insomnia and diarrhea.

Key words: Abstinence syndrome, opioids, benzodiazepines, neonates, pediatric



INTRODUCCIÓN

La base principal del profesional de enfermería es la atención en salud, el cual, para que sea de calidad, es necesario poseer conocimientos, destrezas y actitudes basados en las últimas evidencias científicas que permitan abordar a los pacientes con procedimientos y técnicas innovadoras. Este conocimiento científico se hace necesario aplicarlo en la práctica diaria, especialmente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), donde la sedoanalgesia es parte fundamental del manejo del paciente grave en vista de que frecuentemente son sometidos a procedimientos dolorosos e incómodos, con el fin de disminuir la respuesta al estrés, evitar la extubación accidental y lograr la adaptación a la asistencia ventilatoria.

Sin embargo, el aumento del uso de sedantes y analgésicos ha producido un incremento de la incidencia de sus efectos secundarios, especialmente los opioides y benzodiacepinas por ser los más utilizados. Una complicación frecuente de la sedoanalgesia, al ser utilizada de forma prolongada y a dosis elevadas, es el síndrome de abstinencia (SA); la cual aparece cuando estos fármacos son suspendidos abruptamente o su dosis administrada es disminuida. Este síndrome es definido por Alzate (2011) ⁽¹⁾ como un conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la cual una persona es dependiente.

Éste síndrome aumenta el estrés del paciente, interfiere con el destete respiratorio a la ventilación mecánica, complica la evolución del paciente y prolonga su estancia hospitalaria. Para diagnosticar el SA, los signos y síntomas no deben estar relacionados con la patología que esté cursando el individuo, y se identifica ya que estos disminuyen o desaparecen con la administración de la medicina a la cual la persona es dependiente. Entre los principales factores de riesgo para establecer su

diagnóstico, Burastero, et al (2017) ⁽²⁾ mencionan los siguientes: las infusiones prolongadas, las dosis acumulativas elevadas y la discontinuación brusca.

Con respecto al gran riesgo que tienen los pacientes de las UCIP a los que se les administra algún sedoanalgésico de desarrollar el SA; Cuesta, et al (2013) ⁽³⁾ señalan que es esencial que el personal de enfermería de estas unidades conozca el cuadro clínico y las escalas que permiten valorar e identificar este síndrome. Relacionado a esto, Fernández (2013) ⁽⁴⁾ describe que los síntomas más frecuentes son: agitación, temblores, febrícula, taquicardia, diarrea, hipertensión arterial, insomnio y sudoración. A su vez, Alzate (2011) ⁽¹⁾ especifica que en los neonatos en quienes reviste mayor gravedad, el SA se caracteriza por irritabilidad, llanto excesivo, hiperreflexia, temblor, fiebre, taquipnea, vómito, bostezos, y aumento del reflejo de succión.

En las manifestaciones clínicas desarrolladas, no siempre aparecen todos los síntomas en estos pacientes, sino que presentan una parte de ellos. Por lo tanto, debe haber por lo mínimo tres o más de los síntomas mencionados anteriormente para establecer con precisión el diagnóstico de abstinencia a opiáceos, aunado con la valoración con las respectivas escalas que ayudan a establecer el diagnóstico. Por lo tanto, al tener en cuenta la sintomatología descrita, una escala clínica nos ayudará a objetivar y cuantificar el SA, valorar la necesidad de tratamiento y la respuesta al mismo.

Rubio (2016) ⁽⁵⁾ declara que la utilización de una escala es fundamental para definir la presencia de abstinencia y evaluar la respuesta al tratamiento. Entre las escalas utilizadas para la valoración del síndrome se mencionan: la escala de Finnegan (Neonatal Abstinence Score), que ha sido validada para evaluar síndrome de abstinencia neonatal. Withdrawal Assessment Tool-1 (WAT-1), la cual ha sido útil para la evaluación de SA secundaria al uso de opiáceos en la UCI.

Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS). NICU Network Neurobehavioral Scale. Y la Lipsitz score.

Sin embargo, Escobedo y Diez (2016) ⁽⁶⁾ mencionan que existe una falta de utilización de escalas para la detección precoz del SA a opiáceos y benzodiacepinas, es necesario su uso para que ayuden a puntuar objetivamente la existencia de la abstinencia o riesgo de que se produzca ésta. Se necesita un protocolo que incluya la monitorización del nivel de sedación del paciente y una escala para valorar los síntomas del SA, en el que el personal de enfermería pueda ayudarse para detectar precozmente la clínica, poder alertar al personal médico y así instaurar un tratamiento preventivo y que no evolucione el síndrome de abstinencia.

Cabe destacar que un bajo índice de aparición del síndrome de abstinencia a sedoanalgésico es sinónimo de buen trabajo de enfermería, ya que estos profesionales tienen la responsabilidad de cuidar y velar por el estado general de los pacientes, entre los cuales está el manejo de sedantes y analgésicos, así como la aplicación de algunas de las escalas existentes para valorar y tratar este tipo de abstinencia.

En cuanto a la prevención, Fernández (2013) ⁽⁴⁾ refiere que se han propuesto diversas estrategias para prevenir la aparición del SA, como la disminución progresiva de los fármacos, el uso en bolos en lugar de perfusión, evitar dosis elevadas de sedantes y opioides, y la rotación de distintos sedoanalgésico generalmente por vía oral. Hasta ahora, el método preventivo más aceptado es la disminución gradual de perfusiones. Como tratamiento profiláctico, este autor describe que, entre los fármacos más utilizados está la metadona, la clonidina, la ketamina, el lorazepam y el empleo de dexmedetomidina como un facilitador durante la reducción de la dosis de opioides y sedantes.

Para disminuir la incidencia del síndrome de abstinencia secundario al uso de opioides y benzodiacepinas, Carrillo, et al (2010) ⁽⁷⁾ recomienda: uso de dosis adecuadas y

ajustadas a los objetivos terapéuticos de la sedación y guiada a escala. Evitar la sobredosis y dosis elevadas de sedantes y opioides. Limitar en lo posible los días de tratamiento. Valorar los bolos contra las infusiones. Reducción progresiva y gradual de los sedantes. Evitar en lo posible la combinación de medicamentos, sobre todo a dosis elevadas. Evitar la suspensión súbita de los medicamentos sedantes y analgésicos. Valorar el desarrollo del síndrome en todos los pacientes graves que hayan sido manejados con sedantes y opioides, sobre todo cuando se utilizaron dosis elevadas, y combinaciones de medicamentos por más de 48 h.

El tema de esta investigación nace por la situación que se presenta en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Pediátrico Agustín Zubillaga (HUPAZ), ya que a pesar de que los pacientes en su gran mayoría ameritan del uso prolongado de sedoanalgésico por el crítico estado de salud que presentan, no se cuenta con una valoración detallada que guíe a realizar de forma eficaz y específica los cuidados de enfermería para prevenir y tratar el síndrome de abstinencia a estos fármacos.

En esta unidad, los medicamentos con efecto sedante y analgésico más utilizados y prescritos son el midazolam y fentanyl. Los cuales, por el estado crítico en que se encuentran los pacientes y debido a los múltiples procedimientos invasivos a los que se someten los mismos; es necesario la utilización de estos fármacos de forma prolongada para evitar en ellos el sufrimiento físico y psicológico.

Aunque en esta unidad se registran los síntomas que podrían estar relacionados con la aparición de este síndrome, algunos enfermeros no refieren en los registros la aplicación de las medidas preventivas y de tratamiento profiláctico, como lo es vigilar el tiempo de administración y el uso de escalas para la valoración y detección del síndrome de abstinencia secundario al uso de opiáceos y benzodiacepinas. Sin embargo, el cuidado de enfermería es centrado en la

administración de los fármacos y el registro de algunas manifestaciones clínicas relacionadas a la farmacocinética y farmacodinamia de los productos, y en oportunidades, estos cuidados van dirigidos a lograr el bienestar de los pacientes que desarrollan el síndrome de abstinencia. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo general valorar la aparición del síndrome de abstinencia secundario al uso prolongado de opioides y benzodiacepinas en pacientes neonatales y pediátricos en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Pediátrico.

METODOLOGIA

La investigación se desarrolló en el paradigma positivista bajo el enfoque cuantitativo, en el marco de un estudio de carácter descriptivo, bajo la modalidad de investigación de campo específicamente de corte transversal. La población del estudio estuvo conformada por siete (07) pacientes neonatos y pediátricos que recibieron de forma prolongada (más de cinco días) opioides y benzodiacepinas. Se llevó a cabo la técnica de la observación directa, donde fue observada la población en estudio para identificar de acuerdo a la clínica manifestada en ellos, el desarrollo de este síndrome. Como instrumento para recoger los respectivos datos, se llevó a cabo la aplicación de la escala de Finnegan, que fue aplicada en pacientes neonatos; y la Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS), que fue aplicada en pacientes pediátricos. Se realizó el análisis de los resultados obtenidos en forma computarizada a través del programa Microsoft Excel, estos se representaron en cuadros y gráficos estadísticos.

La Escala Finnegan valora 21 datos en 31 ítems, los cuales están organizados en tres sistemas: alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas-vasomotoras-respiratorias (vegetativas) y alteraciones gastrointestinales. (Rojas y Fernández, 2009)⁽⁸⁾. Los síntomas

individuales de cada ítem se ponderan numéricamente del 1-5 dependiendo de su gravedad, de manera que puntuaciones altas corresponden a los síndromes de privación más graves y persistentes. Según Fernández (2013)⁽⁴⁾, la severidad del síndrome va a depender de la puntuación obtenida a través de la escala de Finnegan. Entre 0-7 indica no SA, entre 8-12 leve a moderado, 13-16 moderado a severo, y más de 16 severo.

Ista y colaboradores desarrollaron el SOS para su uso en lactantes y niños mayores, lo que ha presentado adecuado rendimiento para el diagnóstico de SA. Esta escala incluye 15 ítems puntuados con valor de 1 para los síntomas presentes, y los ausentes de 0; su totalidad resulta de la suma de todos los valores (mínimo 0, máximo 15) y para el diagnóstico de SA se considera un puntaje mayor de 4. Presenta una sensibilidad de 83% y una especificidad de 93% cuando se considera un valor de 4 o mayor. (Burastero y col., 2017)⁽²⁾.

De acuerdo a lo expresado por Rubio (2016)⁽⁵⁾, la escala de Finnegan ha sido validada para evaluar SA en neonatos. A su vez, Fernández (2013)⁽⁴⁾ menciona que esta escala no está validada para niños mayores, sino que sólo se debería utilizar hasta los dos o tres meses de vida. Este autor también resalta que la Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS) recientemente se ha validado, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 91% para un punto de corte igual o superior a 4.

RESULTADOS

De acuerdo a los pacientes neonatos que presentaron síndrome de abstinencia, entre las alteraciones del sistema nervioso central se evidenció que el 50% manifestó llanto excesivo, reflejo del moro aumentado y temblores. Y con respecto al desarrollo de insomnio o sueño corto, se observó que el 100% de ellos lo mostraron. A su vez, ninguno de ellos presentó signos de hipertonía muscular, excoriaciones cutáneas, sacudidas mioclónicas y convulsiones.

(Gráfico 1).

Con respecto a las alteraciones metabólicas en los pacientes neonatos que presentaron síndrome de abstinencia, en el 50% de ellos se observó la presencia de sudoración. Mientras que ninguno mostró fiebre, bostezos, ni cutis marmorata. (Gráfico 2). En cuanto a las alteraciones respiratorias en los pacientes neonatos que presentaron síndrome de abstinencia, se comprobó que la congestión nasal estuvo presente en el 50% de ellos. Y los signos de taquipnea y estornudos en el 100% de los mismos. Por otro lado, ninguno dio evidencia de presentar aleteo nasal. (Gráfico 3).

Según los pacientes neonatos que presentaron síndrome de abstinencia, las alteraciones gastrointestinales que se manifestó en ellos fueron: succión excesiva que se presentó en el 100%; y el 50% desarrolló inapetencia y diarrea. Mientras que la evidencia de regurgitación y vómitos no estuvo presente en ninguno de los que conformaron la población estudiada. (Gráfico 4). En el caso de los pacientes pediátricos en los que estuvo presente el síndrome de abstinencia, las alteraciones hemodinámicas se hizo evidente en el 60% de ellos, que presentaron taquicardia, taquipnea y fiebre. Y un 40% de los mismos mostró evidencias de sudoración. (Gráfico 5).

Con respecto a las alteraciones del SNC en pacientes pediátricos con SA, en el 100% de ellos se evidenció la presencia de agitación e hipertonía muscular. El 60% desarrolló ansiedad, temblores, Coreoatetosis y llanto inconsolable. Los gestos de malestar se observó en el 20% de los casos. El 80% de los mismos dio muestras de presentar insomnio. Y ninguno manifestó alucinaciones. (Gráfico 6). El evaluar las alteraciones gastrointestinales en los pacientes pediátricos que presentaron la aparición del síndrome de abstinencia, se hizo manifiesto que en el 60% de ellos hubo la sintomatología de diarrea. Mientras que ninguno mostró evidencias notables de vómitos. (Gráfico 7).

Al valorar la aparición del síndrome de

abstinencia en los pacientes neonatales y pediátricos que recibieron de forma prolongada opioides y benzodiacepinas en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Pediátrico Agustín Zubillaga, se hizo evidente de acuerdo a las respectivas escalas aplicadas; que el 100% de ellos, tanto neonatos como pediátricos, presentaron la presencia del SA. (Gráfico 8).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que aquellos pacientes que recibieron de forma prolongada opioides y benzodiacepinas en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Pediátrico, desarrollaron una abstinencia a estos medicamentos luego de suspenderles las dosis prescritas. El cual coincide con el estudio realizado por Burastero, et al (2017)⁽²⁾, quienes mencionan que entre los principales factores de riesgo para desarrollar SA a estos medicamentos están: las infusiones prolongadas, las dosis acumulativas elevadas y la discontinuación brusca. Factores que estuvieron presentes en los sujetos que conformaron la población estudiada.

De acuerdo a esto, al estar presentes los factores mencionados anteriormente, se observa el gran riesgo que existe en el desarrollo del síndrome de abstinencia. Evidenciando en este estudio que los fármacos Fentanyl y Midazolam administrados de forma continua pueden traer repercusiones en los pacientes, como lo es el SA; los pacientes neonatos y pediátricos abordados en la investigación desarrollaron en un 100% esta complicación luego de recibir estos sedoanalésgicos por más de 5 días. Estos resultados son similares al estudio realizado por Fernández, et al (2013)⁽⁹⁾, quienes concluyen que la incidencia en niños tras perfusión prolongada de midazolam y fentanilo es elevada, y mencionan que si seleccionan los pacientes que tuvieron perfusión más de 5 días la incidencia se acerca al 100%.

Durante este estudio, los síntomas más frecuentes en los pacientes neonatos que desarrollaron SA fueron: insomnio, llanto excesivo, reflejo del moro aumentado, temblores, sudoración, taquipnea, estornudos, succión excesiva, inapetencia y diarrea. A su vez, en los pacientes pediátricos que presentaron este síndrome, se observó que los síntomas más usuales en ellos fueron: taquicardia, taquipnea, fiebre, ansiedad, temblores, llanto inconsolable, insomnio y diarrea.

Esta sintomatología, si se compara con otros estudios relacionados con esta investigación, se notara que existe cierta relación. Como es el caso de Fernández (2013)⁽⁴⁾, quien describe que en un estudio de la SECIP, los síntomas más frecuentes fueron agitación (75%), temblores (54%), febrícula (46%), taquicardia (44%), diarrea (36%), hipertensión arterial, insomnio y sudoración (26%). Por otro lado, Alzate (2011)⁽¹⁾ especifica que en los neonatos el SA se caracteriza por irritabilidad, llanto excesivo, hiperreflexia, temblor, fiebre, taquipnea, vómito, bostezos, y aumento del reflejo de succión.

A pesar de que existe información actualizada y evidenciada científicamente con respecto a los riesgos del uso continuo de sedantes y analgésicos, existe la necesidad de administrar los mismos en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, por la inestabilidad de estos pacientes y la práctica de diversos procedimientos invasivos y no invasivos aplicados en ellos. Hecho confirmado por Chávez (2003)⁽¹⁰⁾, quien explica que en estas unidades, debido a la situación crítica del estado de salud en que se encuentran estos sujetos, la sedación y analgesia es una parte esencial en los cuidados que se les brinda a ellos.

Por lo tanto, tras la valoración de la aparición del síndrome de abstinencia secundario al uso prolongado de opioides y benzodiacepinas en pacientes neonatales y pediátricos en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Pediátrico. Se observa la presencia del síndrome de

abstinencia en estos sujetos estudiados, tras la aplicación de la Escala de Finnegan en pacientes neonatales y la Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale en pacientes pediátricos.

CONCLUSIONES

En respuesta a las interrogantes y al objetivo general del presente estudio, y de acuerdo a los resultados obtenidos luego de aplicar la Escala de Finnegan y la Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale a la respectiva población estudiada; esta investigación permite concluir que de acuerdo a las valoraciones aplicadas durante el trabajo de investigación, se evidencia la aparición del síndrome de abstinencia secundario al uso prolongado de opioides y benzodiacepinas en pacientes neonatales y pediátricos en la unidad de cuidados intensivos polivalente del Hospital Pediátrico.

Por lo tanto, en vista de que existe un alto porcentaje de pacientes neonatos y pediátricos que desarrollaron síndrome de abstinencia luego de recibir por 5 días o más sedación y/o analgesia con Midazolam y Fentanyl; es importante mencionar que para mejorar la calidad de vida de estos pacientes el personal de enfermería debe poseer conocimientos sobre los cuidados a realizar para prevenir y tratar esta complicación. Por lo que es trascendental que se conozca los signos y síntomas de este síndrome, así como las escalas que permiten valorar e identificar su progreso; permitiendo iniciar la atención necesaria y adaptar ésta al estado real del paciente.

Es necesario aplicar este conocimiento en la práctica diaria en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, donde por el estado patológico crítico de estos pacientes, la sedoanalgesia es parte fundamental del tratamiento; en vista de que ellos frecuentemente son sometidos a procedimientos dolorosos e incómodos y a que se requiere de su acople a la ventilación mecánica. Por tal motivo, se necesitan de unos cuidados altamente calificados por parte

de un profesional especialista en estas unidades, para disminuir la respuesta al estrés y evitar las complicaciones que conlleva el uso de sedoanalgesia de forma prolongada, como lo es el síndrome de abstinencia.

En cuanto a los pacientes neonatos que presentaron este síndrome, los resultados arrojaron que los síntomas que predominaron en las alteraciones del sistema nervioso central fueron: llanto excesivo, reflejo del moro aumentado, temblores e insomnio. Por otra parte, dentro de las alteraciones metabólicas solo se observó la presencia de sudoración. Al mismo tiempo, las complicaciones respiratorias frecuentes en ellos de acuerdo a lo evidenciado fue: congestión nasal, taquipnea y estornudos. Y por último, la sintomatología succión excesiva, inapetencia y diarrea se manifestó entre la alteración gastrointestinal.

Siendo esto una preocupación, debido a que estos pacientes complicaron el cuadro clínico de base con el que ingresaron a la unidad, lo que aumenta el estrés del individuo, complica su evolución y prolonga su estancia hospitalaria. El personal de enfermería tiene la responsabilidad de cuidar y velar por el estado general de estos pacientes, siendo necesaria realizar una valoración detallada que guíe a realizar de forma eficaz y específica los cuidados para prevenir y tratar el síndrome de abstinencia a fentanyl y midazolam, por ser los fármacos sedantes y analgésicos más utilizados en la UCI del hospital. Por lo que estos profesionales deben hacer un seguimiento más vigoroso al utilizar estos fármacos para prevenir estas complicaciones.

Con respecto a los pacientes pediátricos que desarrollaron el síndrome de abstinencia al recibir de forma prolongada fentanyl y midazolam, de acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación se pudo observar que las alteraciones hemodinámicas en ellos fueron: taquicardia, taquipnea, fiebre y sudoración. En relación al sistema nervioso central, su complicación fue al presentar agitación, hipertonía muscular, ansiedad, temblores, coreoatetosis, llanto inconsolable e

insomnio. Y entre las alteraciones gastrointestinales evidenciadas en la población, estuvo presente la diarrea.

Es significativo mencionar que en vista de los resultados obtenidos, es fundamental que se conozca y se maneje información actualizada sobre el SA a sedoanalgésico en pacientes pediátricos, así como los métodos que se pueden aplicar para prevenir estas alteraciones. Ya que al no tener una noción de esto no se brinda una atención adecuada aumentando el riesgo de complicaciones. Y en vista de que existe una alta probabilidad de que los pacientes que requieren tratamiento sedante y analgésico presenten la abstinencia, por suspensión brusca, dosis altas o tiempos prolongados; es de gran importancia la valoración de la aparición de este síndrome de forma temprana.

Finalmente, al tener en cuenta la complicación que conlleva el usar prolongadamente opioides y benzodiacepinas, y conociendo la sintomatología descrita para el síndrome de abstinencia; el usar las escalas clínicas existentes para la valoración de esta patología, nos ayudará a objetivar y cuantificar el SA. Sin embargo, existe una falta de utilización de escalas, así como el uso de protocolos para la detección precoz de este síndrome. Por tal motivo, se hace evidente que los profesionales en enfermería conozcan y utilicen las diversas escalas existentes, lleven a cabo la monitorización y control de los sedantes y analgésicos administrados, y al detectar SA proporcionen un ambiente tranquilo manteniendo el confort en estos pacientes, disminuyendo así este impacto negativo en la salud física y psicológica en ellos.

REFERENCIAS

1. Alzate, F. Síndrome de abstinencia de opioides [Publicación en línea]. Consultado el 25/05/2017 en: http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/07/enlace49_19.pdf
2. Burastero, M.; Telechea, H.; González, S.; Manassi, A.; Méndez, P.; Brunetto, M. y Menchaca, A. Incidencia del síndrome de abstinencia en niños críticamente enfermos. Archivos de Pediatría del

- Uruguay [Revista en línea], 88 (1), 6-11. Consultado el 27/06/2017 en: <http://www.sup.org.uy/web2/volumen-88-suplemento-1>
3. Cuesta, J.; Espinosa, A. y Val, C. Síndrome de abstinencia neonatal. *Enfermería Integral* [Revista en línea], 103-Diciembre 2013, 24-28. Consultado el 25/05/2017 en: <http://www.enfervalencia.org/ei/103/enf-integ-103.pdf>
 4. Fernández, F. (2013). Síndrome de abstinencia en UCIP [Publicación en línea]. Consultado el 08/06/2017 en: <https://www.secip.com/publicaciones-relacionadas/protocolos/category/26-abstinencia-sindrome-de-abstinencia-sindrome-de>
 5. Rubio, M. Destete de opiáceos: Cómo evitar el síndrome de abstinencia [Documento en línea]. Ponencia presentada en el 3º Congreso Argentino de Neonatología. Panamericano Buenos Aires Consultado el 25/05/2017 en: <http://studylib.es/doc/6174286/destete-de-opi%C3%A1ceos--c%C3%B3mo-evitar-el-s%C3%ADndrome-de-abstinencia>
 6. Escobedo, R. y Diez, E. (2016). Control y prevención del síndrome de abstinencia en UCI pediátrica: a propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica, PortalesMedicos.com* [Revista en línea]. Consultado el 04/06/2017 en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-abstinencia-uci-pedi%C3%A1trica/>
 7. Carrillo, R.; Carrillo, J.; Carrillo, L. y Carrillo, C. Síndrome de supresión secundaria a la suspensión de la sedoanalgesia en el enfermo grave. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva 2010* [Revista en línea], XXIV (3), 132-137. Consultado el 25/05/2017 en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=24707>
 8. Rojas, D. y Fernández, J. Dexmedetomidina en pacientes pediátricos con requerimientos de ventilación mecánica y sus efectos sobre el síndrome de abstinencia 2009. Universidad del Rosario, Bogotá DC. Consultado el 16/05/2017 en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/1297>
 9. Fernández, F.; Gaboli, M.; González, R.; Gómez, P.; Fernández, S.; Murga, V.; Serrano, O.; Sánchez, J. y Payo, R. Síndrome de abstinencia en Cuidados Intensivos Pediátricos. Incidencia y factores de riesgo 2013. Consultado el 16/05/2017 en: <http://www.medintensiva.org/es/sindrome-abstinencia-cuidados-intensivos-pediatricos-/articulo/S0210569112000952/>
 10. Chávez, R. (2003). Sedación, analgesia y relajación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud, enero a diciembre del 2002 [Trabajo de investigación de postgrado en línea]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Consultado el 25/05/2017 en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1761/1/Chavez_ar.pdf

ANEXOS

Grafico 1 Alteraciones en el SNC en pacientes neonatos con SA.

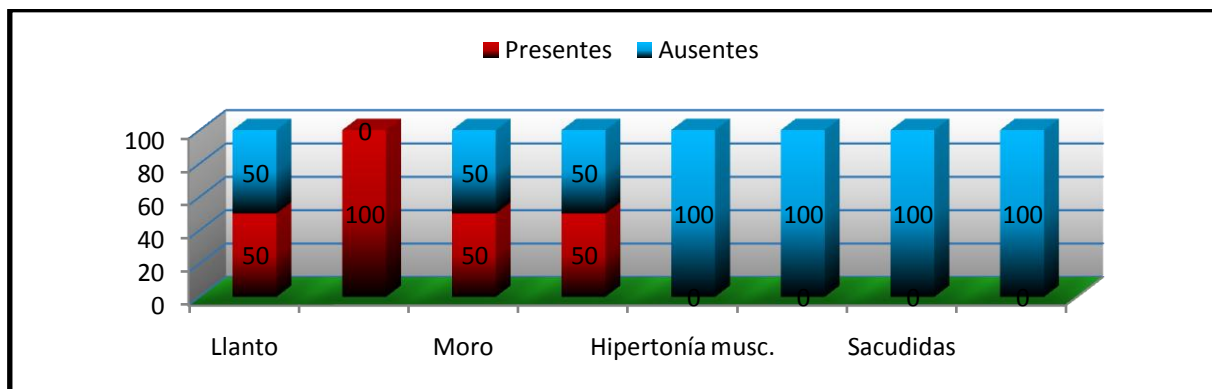


Grafico 2 Alteraciones metabólicas en pacientes neonatos con SA.

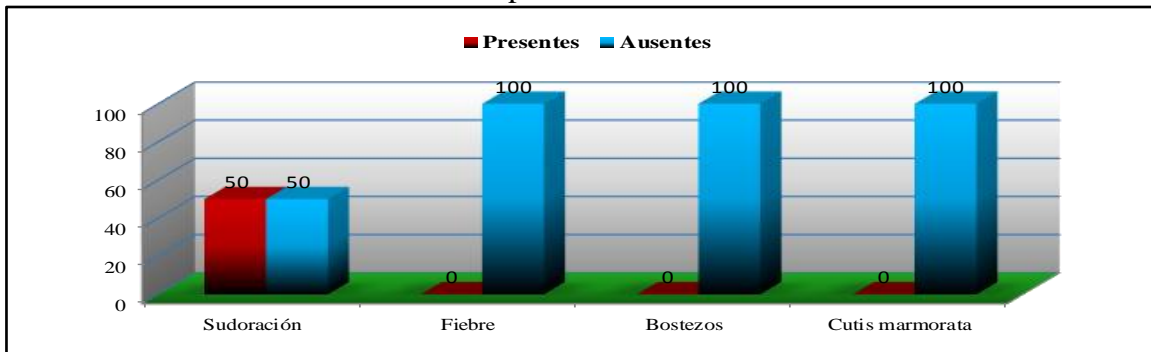


Grafico 3 Alteraciones respiratorias en pacientes neonatos con SA.

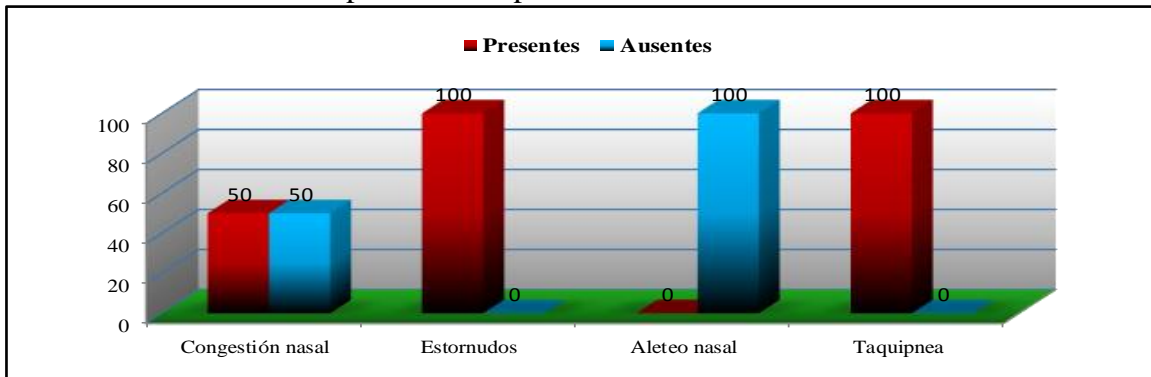


Grafico 4 Alteraciones gastrointestinales en pacientes neonatos con SA.

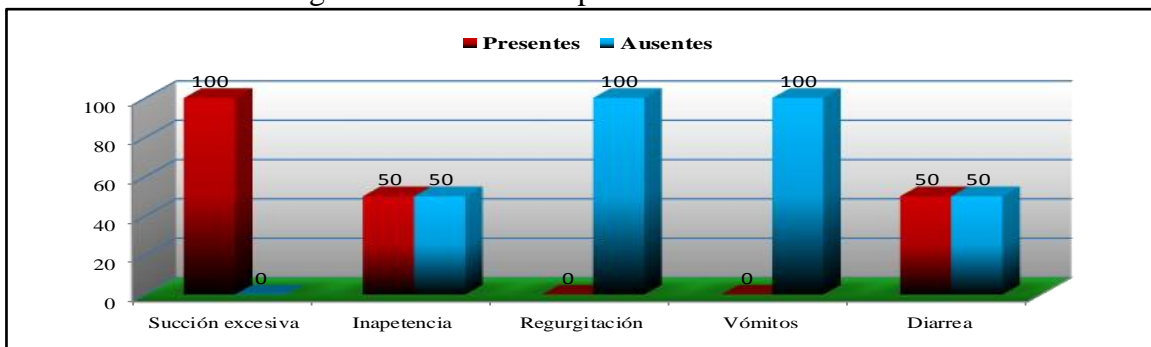


Grafico 5 Alteraciones hemodinámicas en pacientes pediátricos con SA.

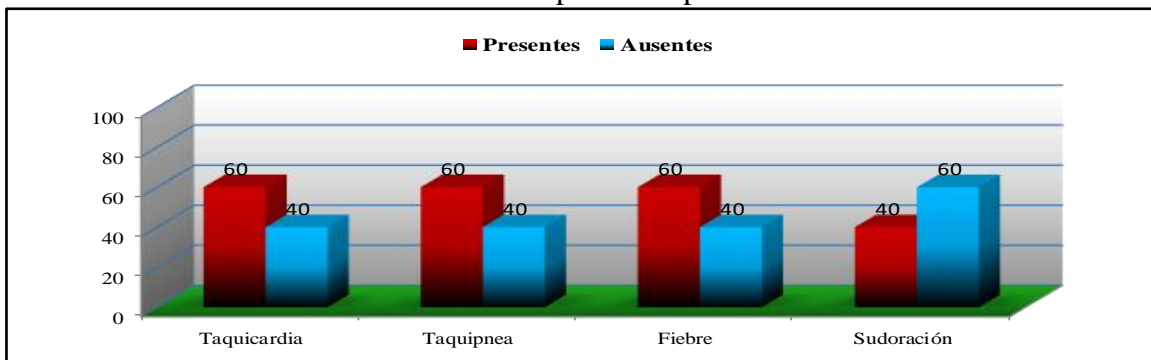


Grafico 6 Alteraciones en el SNC en pacientes pediátricos con SA.

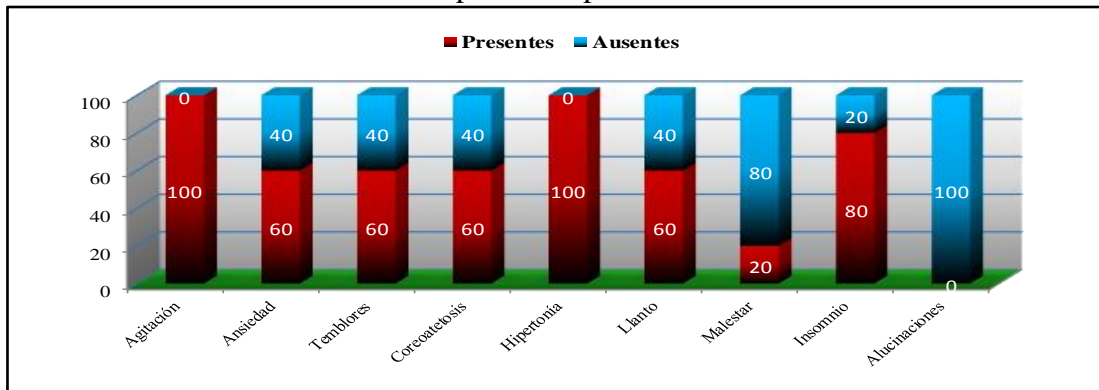


Grafico 7 Alteraciones gastrointestinales en pacientes pediátricos con SA.

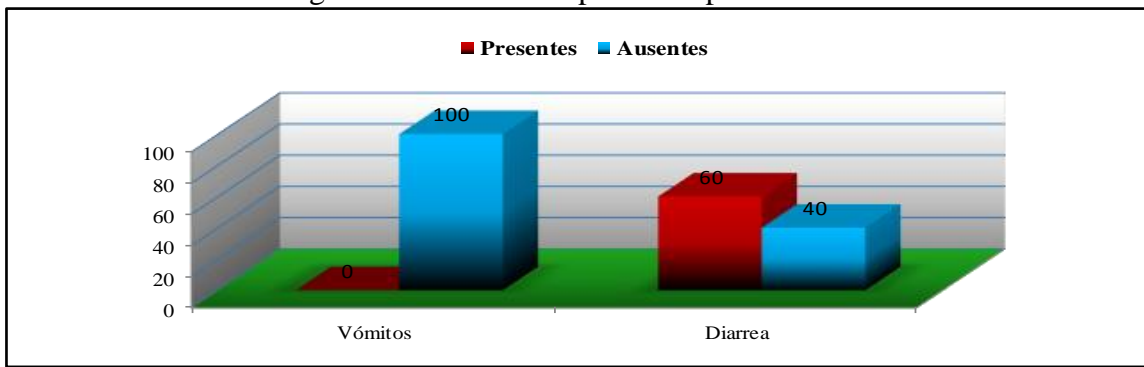


Grafico 8 Pacientes neonatos y pediátricos que desarrollaron SA.

